



# ASTA

[www.asta.org.se](http://www.asta.org.se)

# EKSEM

## Omvårdnad, Metod och Behandling

På uppdrag av Astma, Allergi och KOL-sjuksköterskeföreningen 2014

### TEXT

SUSANNE LUNDIN, *Stockholm*  
THERESE STERNER, *Lund*

### GRANSKAD AV

CARL-FREDRIK WAHLGREN,  
*Karolinska Institutet*  
NATHALIA BALLARDINI,  
*Sachska Barn-  
och Ungdomssjukhuset*  
ÅKE SVENSSON,  
*Skånes Universitetssjukhus*

### ÖVRIGA I ARBETSGRUPPEN

ELISABETH HEDENQUIST, *Alingsås*  
INGVOR NYTOMT, *Karlstad*  
ULRIKA JONSSON, *Skellefteå*

# INNEHÅLL

|    |  |
|----|--|
| 3  | INLEDNING  |
| 3  | BAKGRUND   |
| 4  | Diagnoskriterier   |
| 5  | Lokalisation och symtom  |
| 5  | Handeksem  |
| 5  | Klådciinkel  |
| 5  | Triggerfaktorer  |
| 5  | Differentialdiagnoser  |
| 5  | Behandling   |
| 6  | Elimination av födoämnen och dess effekter i behandlingen av eksem |
| 6  | Concordance (Samsyn)   |
| 6  | Livskvalitet   |
| 7  | PROBLEMFÖRMULERING   |
| 7  | SYFTE  |
| 7  | METOD  |
| 7  | KLINISK BEHANDLING, OMVÅRDNAD OCH INFORMATION                      |
| 8  | Behandling med mjukgörande medel                                   |
| 10 | Behandling med glukokortikoider                                    |
| 11 | Kortison runt ögon, i ansiktet och i hudveck                       |
| 11 | Mängd kortisonkräm   |
| 11 | Biverkningar av kortison   |
| 12 | Kombination av mjukgörande och kortison preparat                   |
| 12 | Behandlingsprinciper   |
| 12 | Nedtrappning   |
| 13 | OMVÅRDNAD  |
| 13 | Smörjteknik  |
| 14 | Rengöring av huden vid atopiskt eksem                              |
| 14 | Eksemskola   |
| 15 | INFORMATION  |
| 15 | Pigmentförändringar vid eksem                                      |
| 16 | BEHANDLING AV MEDELSVÅRT TILL SVÅRT EKSEM                          |
| 16 | Infekterat eksem   |
| 17 | DISKUSSION   |
| 18 | Homeopati  |
| 18 | SLUTSATS   |
| 19 | LITTERATURFÖRTECKNING  |

## INLEDNING

Eksem är en kronisk kliande, inflammatorisk hudsjukdom som kan ha flera olika orsaker. Olika namn har genom åren använts såsom; prurigo Besnier, böjveckseksem, atopiskt eksem och atopisk dermatit kanske utan egentlig koppling till atopi (förhöjt IgE) och därför har en nomenklaturförändring gjorts<sup>1</sup>.

Eksem har blivit allt vanligare både i Sverige och i övriga västvärlden. Flertalet studier visar på att drygt 20 procent av alla barn har haft besvär med någon form av eksem innan de uppnått skolåldern<sup>2</sup>. Läkemedelsverket har tagit fram riktlinjer för hur man ska behandla barn och vuxna med eksem, trots detta är det många patienter som inte får en bra behandling eller tydlig information om sin sjukdom<sup>3</sup>. Både barn och vuxna får ofta olika råd från sjuksköterskor och läkare när det gäller behandling av sjukdomen. Det kan bero på att det finns en osäkerhet kring sjukdom och behandlingsstrategier som gör råden vaga, vilket också bekräftas av Bachelor et al i en studie från 2013<sup>4</sup>. Allt detta sammantaget försvårar följsamhet hos patienten. Därför ser vi inom ASTA (astma- allergi- och KOL sjuksköterskeföreningen) som träffar en stor del av denna patientgrupp att ett omvårdnadsdokument som vilar på vetenskaplig grund kan ha en avgörande betydelse för omhändertagandet och behandlingen av eksem. För att underlätta för sjuksköterskor att kunna ge lika vård i rätt tid och på rätt plats utifrån de sex kärnkompetenserna<sup>1</sup> med syfte att förbättra vården av eksempatienter så har detta omvårdnads- och behandlingsdokument tagits fram.

Detta dokument riktar sig främst till vårdpersonal som träffar patienter med eksem, inom; primärvård, barnhälsovård, skolhälsovård, barnsjukvård samt i viss mån även till specialistsjukvård.

<sup>1</sup>De sex kärnkompetenserna är; Personcentrerad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling och Säker vård och Informatik.

## BAKGRUND

Ordet eksem kommer från grekiskan och betyder koka över. Eksem är en inflammatorisk process i epidermis och dermis och finns i många varianter. Den typiska kliniska symtombilden är klåda, papler, vesikler, fjällning och rodnad. Det kan variera från torra fjällande fläckar till vätskande sår som lätt blir sekundärinfekterade. Torr hud och försämrad barriärfunktion är tydliga symptom som kan bero på en mutation i profilaggrin-genen vilket leder till minskad aggregering av keratin i horncellerna och minskning av fuktighetsbevarande ämnen i ytliga epidermis<sup>5</sup>.

Eksem har blivit allt vanligare både i Sverige och i övriga västvärlden. Flertalet studier visar att drygt 20 procent av alla barn har haft besvär med eksem innan de uppnått skolåldern. Orsaken till eksem är multifaktoriell då det uppstår genom samverkan mellan arv och miljö. De ärftliga faktorerna spelar en stor roll och hos barn med eksem finns en positiv hereditet hos cirka 70 procent vad gäller eksem eller andra atopiska manifestationer såsom astma, hönsnuva och födoämnesallergi<sup>3</sup>.

### HUDEN

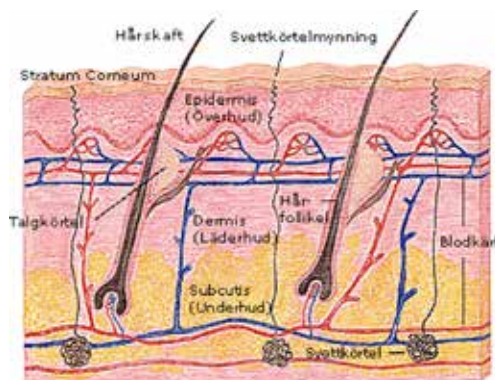


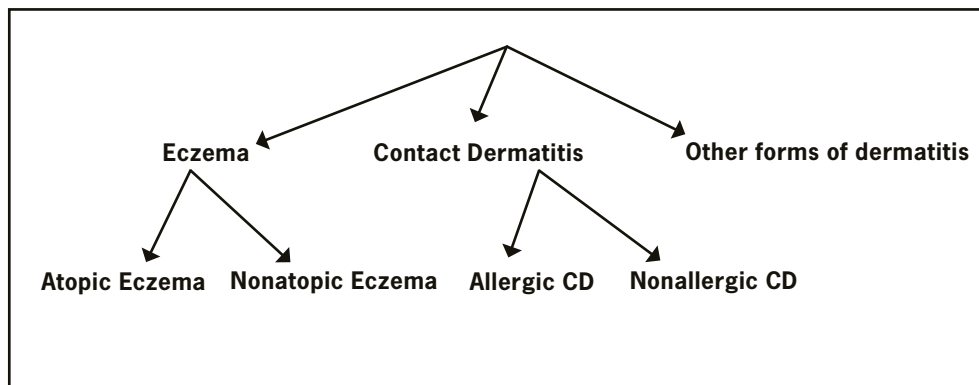
Illustration: Eva Hall, KI

Huden är kroppens största organ och utgör ett mekaniskt skydd mot omvärlden och är en del i kroppens reglering av vätskebalans och värme/kyla. Huden består av tre skikt, subcutis (fettlagret), dermis (läderhuden) och epidermis (överhuden). Eksem karaktäriseras av en inflammatorisk process i överhuden och läderhuden<sup>6</sup>.

Patienter med eksem har ofta generellt torr hud och en försämrad barriärfunktion. En påvisbar höjning av IgE i serum ses hos cirka en tredjedel barn med eksem medan det hos vuxna är något fler<sup>2</sup>. Med atopi menas att det finns en ärftlig benägenhet att bilda IgE-antikroppar mot ämnen i vår miljö, vilket inte måste innebära att man får symtom. Om en person får eksem och har en ärftlig benägenhet att bilda IgE-antikroppar, kallas det atopiskt eksem, annars eksem. Eksem utan några tecken på atopisk konstitution är vanligt hos både barn och vuxna<sup>7</sup>. En svensk studie av tvååringar med eksem visade att 67 procent saknade IgE-antikroppar, men icke-atopiskt eksem hos barn kan utvecklas till atopiskt eksem<sup>8</sup>. I en litteraturstudie som gjordes för att se hur ofta eksem är atopiskt, oavsett personens ålder framkom det att upp till två tredjedelar saknade IgE-antikroppar<sup>9</sup>. Att skilja mellan atopiskt och icke-atopiskt eksem kan ha en viss prognostisk betydelse. Barn med eksem har rapporterats ha lägre risk för att utveckla astma i ungdomsåren än barn med atopiskt eksem<sup>10</sup>. Bamseprojektet bekräftar arvet som en klar riskfaktor för eksem. Risken för eksem upp till fyra års ålder var 50 procent hos dem där båda föräldrarna har allergisjukdom, jämfört med 38 procent hos dem där en av föräldrarna har allergisjukdom och 27 procent hos barn utan ärftlighet för allergisjukdom<sup>11</sup>.

Diagnosen ska baseras på en kombination av kriterier och enligt internationella riktlinjer<sup>12,13</sup>. Nomenklaturen är sedan några år förtydligad och innebär att den övergripande termen för lokal inflammation i huden ska vara dermatit<sup>1</sup>. Det som den franske dermatologen Besnier beskrev 1892 som "Besniers prurigo", "böjveckseksem", "atopisk dermatit" eller "atopiskt eksem", ska kallas enbart eksem. Detta dokument kommer att beskriva omvårdnad och behandling av eksem enligt denna nomenklatur.

**FIG. 1.** Det som förr kallades atopisk dermatit/eksem är nu en undergrupp till eksem. Om det är en person med atopi som drabbas kan man tala om atopiskt eksem, inte annars<sup>1</sup>.



## Diagnoskriterier

**Klåda är det obligatoriska kriteriet följt av minst tre av följande:**

1. Anamnes på affektion av hudveck som arm- och knäveck, vrister eller på halsen (samt kinderna hos barn under tio år).
2. Anamnes på astma eller hösnuva hos patienten (eller på atopisk sjukdom hos förstagrads släkting om patienten är under fyra år).
3. Anamnes på generellt torr hud under det senaste året.
4. Aktuellt synligt eksem i böjveck (eller kind/panna och sträcksida av extremiteter hos barn under fyra år).
5. Debut före två års ålder (kriteriet utnyttjas inte om barnet är under fyra år)<sup>14</sup>.

## Lokalisation och symtom

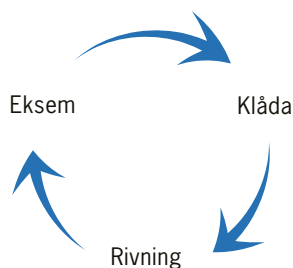
Barn med eksem har ofta en generellt torr hud och klåda (pruritus) som centrala symtom medan utbredningen av eksemet förändrar sig över tid. Spädbarn, 0–2 år får ofta eksem lokaliserat till kinder, extremiteternas sträcksidor och bål, medan barn i åldrarna 2–12 år utöver klåda och torr hud med rodnad även uppvisar lichenifiering (hudförtjockning efter rivning). De får ofta eksem i böjvecken, det vill säga arm- och knäveck samt handleder och vrister. Hos tonåringar och vuxna ses lichenifiering och ett mer diffust eksem som ofta är lokaliserat till; händer, ansikte, hals, böjveck, runt ögon, perioralt och även i hårbotten<sup>3</sup>.

## Handeksem

Hos barn med eksem i unga år finns en tre gånger ökad risk för handeksem i tonåren och uppåt. Symtomen börjar ofta i unga år<sup>15</sup>. Hos svenska gymnasieelever har man funnit en 1-årsprevalens av handeksem på 6–10 procent<sup>16,17</sup>. Den höga prevalensen av handeksem hos unga individer är troligen i stor utsträckning relaterad till hög våtexponering i början av yrkeskarriären. En två- till trefaldig riskökning för handeksem hos personer som har eller haft eksem är väl dokumenterad<sup>15</sup>.

## Klådcirkel

Eftersom huden oftast är generellt torr ökar klådbenägenheten som ofta leder till rivning. Rivning skadar huden och leder till ökat eksem som leder till ökad klåda – klådcirkel som följd<sup>18</sup>.



## Triggerfaktorer

Det finns en mängd olika faktorer som kan trigga igång ett eksem såsom upplevelse av psykisk stress eller somatisk sjukdom men också bakteriella eller virösa infektioner. Varm klädsel och ökad fysisk aktivitet som framkallar svettning kan också vara triggerfaktorer. Kyla och/eller torr luft som ger en viss uttorkning, kan ge klåda och eksem. Andra faktorer kan vara irriterande kemikalier som man till exempel kan komma i kontakt med via tvätt- eller sköljmedel. Histaminfrisättande/innehållande livsmedel exempelvis citrus och tomat är också vanliga triggerfaktorer. Jästsvamp såsom Malazessia kan kolonisera huden och försämra eksem i huvud och halsregionen, framförallt hos äldre barn och vuxna<sup>3</sup>.

## Differentialdiagnoser

Det finns andra hudmanifestationer som kan förväxlas med eksem, som man bör ha i åtanke om behandlingseffekt uteblir,<sup>3</sup> så som:

- Staseksem
- Juvenil plantar dermatos (atopiska vinterfötter)
- Keratosis pilaris
- Kontakteksem
- Psoriasis
- Pustulosis palmoplantaris
- Scabies
- Seborroiskt eksem
- Svampinfektioner
- Zinkbrist

## Behandling

Behandlingen är symtomatisk oavsett om eksemet är av atopisk eller icke atopisk art. Basbehandlingen utgörs av mjukgörande samt kortisonkrämer och -salvor. Generellt ska torr hud behandlas med mjukgörande medel<sup>3,19</sup>. Mjukgörande kombineras med fördel med lokal glukokortikoid som är ett inflammationsdämpande ämne som läker eksemet och lindrar klådan<sup>3</sup>. Att smörja regelbundet med mjukgörande kräm är en viktig del i eksembehandlingen för att minska eksemutbrotten. Man kan aldrig överanvända mjukgörande och huden ”tillvänjs inte”. Rekommendera därför att smörja med riklig mängd minst 1–2 gånger dagligen, alltid efter bad/dusch, vid handeksem efter handtvätt och massera in det i huden<sup>20</sup>.

## Elimination av födoämnen och dess effekter i behandlingen av eksem

Det finns ingen vinst med att generellt hålla någon särskild diet som behandling av eksem<sup>21</sup>. Eventuell elimination av livsmedel ska endast ske i samråd med allergisjukvården och efter bekräftande elimination/provokation.

## Concordance (Samsyn)

Många behandlingsproblem beror på bristande information om själva sjukdomen och dess behandling eller att råden inte följs på grund av annan orsak<sup>22</sup>. En annan orsak till att behandlingen inte fungerar kan vara att patienten upplever en stor oro/ångest för att använda krämer med glukokortikoider på grund av sveda vid behandlingstillfället, vilket kan bero på krämbasen<sup>3</sup>. Studier finns som visar på att det finns flera orsaker till den rädsla och oro som patienterna känner inför lokalbehandling med kortison<sup>23</sup>. Bristen på tydliga råd korrelerade med rädslan för att använda glukokortikoider. Att de fick olika råd från hudläkare, allmänläkare och apotekspersonal om hur mycket det skulle användas, vilket område som skulle behandlas och behandlingens längd, skapade oro. Därför är det viktigt att de råd som ges av utbildad personal är korrekta och håller hög kvalitet, att patienterna både får en muntlig och skriftlig information om eksem, behandlingen, biverkningar, inklusive hur de ska behandla, hur länge och hur mycket. Man bör också ta reda på patientens uppfattning och föreställning om kortison och utifrån det ge individuell information och stöd<sup>23</sup>.

Utbildning och psykologiska interventioner har i studier visats sig förbättra behandlingseffekten och livskvaliteten<sup>24</sup>. Utbildningsprogram till föräldrar utan socialt stöd kan vara värdefullt för att hantera sjukdomen och ge ökat förtroende för sjukvården<sup>25</sup>. En engelsk studie visar på vikten av information till föräldrar och patienter<sup>26</sup>. Teambehandling med dermatolog, yrkesdermatolog, specialiserad sjuksköterska och vårdsamordnare vid vård av handeksem har visat sig leda till minskad sjukskrivning och nöjdare patienter<sup>27</sup>.

## Livskvalitet

Studier visar att både barn och vuxna tycker att eksem har en stor påverkan på deras livskvalitet<sup>28,29</sup>. Barn med eksem har lika hög eller högre påverkan av sin livskvalitet som barn med cystisk fibros, epilepsi och diabetes<sup>28</sup>. När ett barn i en familj har eksem är det inte bara barnets livskvalitet som påverkas, sjukdomen påverkar också hela familjens situation<sup>30</sup>. Föräldrarna upplever att klåda, rivning, den tid det tar att få barnet att somna och påverkan på barnets humör är det som är mest besvärligt med sjukdomen. Det som barnen och ungdomarna upplever som svårast är klåda, rivning, sårig och smärtsam hud, behandling och att de känner sig ledsna på grund av sin hud<sup>30</sup>. Sömnen störs av klådan som leder till både fysisk och mental trötthet och påverkar även sömnen hos den övriga familjen. Det är också visat att det sociala livet och skolgången påverkas<sup>31</sup>. I BAMSE-projektet har det också framkommit att flickor med eksem upplever mer påverkan på livskvaliteten än pojkar i samma ålder<sup>2</sup>.

Även vuxna upplever att deras eksem påverkar den fysiska och mentala hälsan jämfört med den allmänna befolkningen<sup>29</sup>. Eksemet påverkar personens val av utbildning och jobb, en studie visade att 38 procent hade valt att inte påbörja en utbildning eller ett jobb på grund av sitt eksem och det var tydligt att det var sjukdomens svårighetsgrad och varaktighet som påverkade beslutet. Oavsett om man hade lindrigt, medelsvårt eller svårt eksem påverkades livskvaliteten lika mycket<sup>32</sup>. Det finns även tecken på att sexuella relationer påverkas av eksem<sup>33,34</sup>. Patienter med eksem känner sig obekväma/en oro med att visa sina kroppar för sin partner framförallt när huden är torr, rodnad eller under uppblossning<sup>34</sup>.

## PROBLEMFÖRMULERING

Eksem är en vanligt förekommande, kronisk kliande inflammation i huden. Patienter som har eksem har ofta haft kontakt med olika vårdinstanser och personal, där det finns olika mycket kunskap om hur eksem ska diagnostiseras, behandlas och förebyggas. Ofta har patienter med eksem fått olika råd om, med vad och hur de ska behandla. Det är också vanligt att dessa patienter har bristande kunskap om sjukdomen, att den är kroniskt återkommande och vad som påverkar den. Då eksem har en tendens att återkomma efter avslutad behandling upplever patienten ofta att ingenting hjälper.

## SYFTE

Att med hjälp av detta övergripande, vetenskapliga underlag öka kunskapen hos personal utanför hudspecialiteten, och därigenom ge patienter (barn och vuxna) med eksem, bästa möjliga behandling, omvårdnad, och information.

## METOD

Som underlag till dokumentet har fakta sökts i databaserna PubMed och Cinahl med följande sökord; eczema, eksem, dermatitis, pruritus, atopic dermatitis, prurigo Besnier, treatment, emollient, skin barrier, topical steroid, corticosteroid, phobia, fear, complementary therapy, bath, nursing, eczema school, eczema education, QoL, itching, multidisciplinary care, psychological factors, written action plan, children, adolescens and adult.

Författarna har också sökt stöd i kunskapsdokument från Guidelines, Läkemiddelsverket och Kunskapssammanställningar från dermatologer. Dokumentet har skickats på remiss till berörda läkar- och sjuksköterskeorganisationer såsom BLFa, SFFA och DVSS samt till dermatologer och allergologer med särskilt intresse för eksem.

## KLINISK BEHANDLING, OMVÅRDNAD OCH INFORMATION

Målet med behandlingen är att patientens eksem går i remission eller att patienten har så långa besvärsfria perioder som möjligt. Grundbehandlingen består av mjukgörande preparat och/eller i kombination med glukokortikoider<sup>3</sup>.

Både mjukgörande kräm och kortison finns i olika beredningar såsom salvor, feta krämer, krämer, lotioner, kutana emulsioner och lösningar. Valet av beredningsform när det gäller själva inflammationen styrs av om eksemet är torrt eller vätskande. Kortison finns i olika styrkor, val av styrka styrs utifrån patientens ålder, eksemetets svårighetsgrad och lokalisation av eksemet<sup>3</sup>.

- Klådan/rivningen försämrar som regel eksemet, så att huden skadas ytterligare, varvid inflammationen förvärras, klådan ökar och därmed rivningen. Genom att behandla med kortison kan klådan lindras.
- Vid vätskande eksem och i hudveck bör man använda kräm.
- Vid torrt eksem är det en fördel att använda sig av fetare beredning, om patienten känner sig bekväm med detta.

För att uppnå bästa effekt är det viktigt att man börjar smörja med en tillräckligt stark kortisonkräm så att man får en snabb lindring av eksemet, redan inom en vecka, att man fortsätter att smörja med preparatet tills eksemet har läkt och klådan har upphört, cirka 1–4 veckor och sedan ytterligare en vecka. Kortisonpreparatet ska inte sättas ut förrän man uppnått klinisk läkning, ofta behöver man upprepade behandlingsperioder<sup>3</sup>.

Ytterligare en viktig del i behandlingen är att undvika triggerfaktorer, både allergiska och icke allergiska, se tidigare avsnitt. Lokalt verkande immunsupprimerande läkemedel, så kallade calcineurinhämmare är andrahandspreparat (Protopic, Elidel)<sup>3</sup>. Andra behandlingar är exempelvis ljusbehandling, systembehandling med metotrexat, ciklosporin och azatrioprim, vilka dock alltid ska förskrivas av hudspecialister<sup>3</sup>.

### Behandling med mjukgörande medel

Mjukgörande krämer har en central plats i behandlingen av eksem men är ofta underskattade av både patienter och personal<sup>35</sup>. Många patienter använder mindre mängd mjukgörande kräm än vad som beräknas gå åt vid helkroppsmörjning två gånger per dag<sup>36</sup>. Mjukgörande bör även användas när huden är läkt. Vid eksemutbrott ger kombination mjukgörande och glukokortikoider ett klart förbättrat resultat<sup>37</sup>.

Då säsongsbundna faktorer kan påverka val av mjukgörande rekommenderas att man under sommarmånaderna använder mera fuktgivande krämer och under vintern krämer med mera fett och även smörja mera frekvent, se tabell 1<sup>38</sup>.

**TABELL 1. MJUKGÖRANDE PREPARAT**

| Preparat             | Beredning | Fetthalt     | Vattenbindande ämnen                 |
|----------------------|-----------|--------------|--------------------------------------|
| ACO mjukgörande kräm | Kräm      | <b>42 %</b>  | Glycerol, Jordnötsolja               |
| Calmuril             | Kräm      |              | Karbamid 10 %, Mjölksyra 5 %         |
| Canoderm             | Kräm      | <b>22 %</b>  | Karbamid 5 %                         |
| Curami CCS           | Kräm      | <b>40 %</b>  | Glycerol                             |
| Ceridal              | Kräm      | <b>100 %</b> | Paraffin                             |
| Decubal intensive    | Kräm      | <b>70 %</b>  | Ceramider                            |
| Decubal clinic       | Kräm      | <b>38 %</b>  | Lanolin                              |
| Essex                | Kräm      | <b>28 %</b>  | Paraffin                             |
| Essex                | Lotion    | <b>13 %</b>  | Paraffin, Glycerol                   |
| Fenuril              | Kräm      |              | Karbamid 4 %, Natriumklorid 4 %      |
| Karbasal             | Kräm      |              | Karbamid 4 %, Natriumklorid 4 %      |
| Locobase fet kräm    | Kräm      | <b>70 %</b>  | Paraffin                             |
| Locobase LpL         | Kräm      |              | Propylenglykol 20 %, Mjölksyra 4,5 % |
| Locobase repair      | Kräm      | <b>63 %</b>  | Paraffin, Ceramider                  |
| Miniderm             | Kräm      | <b>24 %</b>  | Glycerol                             |
| Propyless            | Lotion    |              | Propylenglykol 20 %                  |
| Propyderm            | Kräm      | <b>24 %</b>  | Propylenglykol 20 %                  |

Tabellen beskriver de vanligast mjukgörande preparaten och är sammanställd av författarna.



Mjukgörande preparat innehåller ofta karbamid, propylenglykol eller glycerin<sup>3</sup>. Underhållsbehandling med karbamidkräm kan reducera återfall på tidigare eksemområden och har visat sig vara överlägsen vad gäller upplevelsen av minskad torrhet. Ureainnehållande preparat svider mer i jämförelse med glycerininnehållande preparat. Upplevelsen av klåda, stickande känsla, och torrhet/irritation upplevs jämförbar mellan karbamid och glycerininnehållande kräm<sup>39</sup>. Till barn under två år rekommenderas oftast glycerin- eller propyleninnehållande preparat vilka också kan ge viss klåda och sveda, dock mindre än karbamidpreparaten som inte bör ha högre karbamidkoncentration än två procent. Mjölksyra som även kan ingå i mjukgörande kräm ger nästan alltid sveda<sup>3</sup>.

Tillräckliga mängder av mjukgörande bör förskrivas. Mängden kan enkelt uppskattas utifrån kroppsytan i stället för de mindre lättillgängliga verktygen/metoder man har för att bestämma sjukdomens svårighetsgrad, se tabell 2<sup>40</sup>.

**TABELL 1. MJUKGÖRANDE PREPARAT**

| Ålder         | Hela kroppen | Bålen | Armar och ben | Åtgång/månad för helkropp |
|---------------|--------------|-------|---------------|---------------------------|
| 6 månader     | 35           | 15    | 20            | 140g/månad                |
| 7 mån – 4 år  | 60           | 20    | 35            | 240g/månad                |
| 5 – 8 år      | 90           | 35    | 50            | 360g/månad                |
| 9 – 12 år     | 120          | 45    | 65            | 480g/månad                |
| vuxen (70 kg) | 170          | 60    | 90            | 680g/månad                |

Läkemedelsverket 2005, med tillägg av författarna när det gäller åtgång/månad.

### Råd

- Det är viktigt att patienterna får mjukgörande kräm utskrivet på recept och att den som förskriver preparaten är medveten om hur mycket som går åt när man smörjer kroppen dagligen. Det ger också en signal till patienten hur mycket kräm som ska användas.
- Med fördel kan provtuber å 100 gram förskrivas med möjlighet att hämta ut större förpackningar om krämen fungerar bra.
- Då det går åt mycket mjukgörande kräm bör patienten alltid få det förskrivet på pumpflaska, i den mån det finns tillgängligt. Eftersom dessa pumpflaskor är stora och otympliga att ta med sig när man reser bort eller till förskola, skola eller arbete är det en fördel om patienten också har möjlighet att ta ut 100 grams tuber vid behov.
- Då upplevelsen är olika från person till person är det av värde om patienten själv får välja mjukgörare, genom att få möjlighet att känna och pröva olika mjukgörande krämer innan recept skrivs.
- Det bästa mjukgörande preparatet är det som patienten använder.
- Valet av mjukgörande påverkas också av årstiden, under höst och vinter blir huden torrare och kräver mer fetthinnehållande krämer. Under vår och sommar kan det räcka med mer fuktgivande krämer.
- Vid vätskande eksem bör man inte smörja med salva, då det hindrar vätskan från att avdunsta från eksemet.

## Behandling med glukokortikoider

Glukokortikoider finns i olika beredningsformer:

**Salva** – används till mycket torrt eksem, bör inte användas vid vätskande eksem eftersom salva inte låter vätska passera.

**Fet kräm och kräm** – kan användas på både torrt och vätskande eksem, kosmetiskt tilltalande att använda.

**Kutan emulsion ("lotion")** – används till stora ytor.

**Kutan lösning** – används till hårbevuxna områden (sprittillsatsen svider om huden inte är hel).

Glukokortikoiderna delas in i fyra grupper beroende på styrkan, se tabell 3. **Svaga (grupp I), medelstarka (grupp II), starka (grupp III) och extra starka (grupp IV)**. Den procentsats som står på preparatet talar inte om hur starkt det är.

TABELL 3. VAL AV GLUKOKORTIKOID

| Styrka                 | Generiskt namn  | Preparat  |
|------------------------|---|---|
| Svag (grupp I)         | Hydrokortison   | Ficortil, Hyderm, Hydrokortison, Mildison lipid                     |
| Medelstark (grupp II)  | Klobetason, Hydrocortisonbutyrat                        | Emovat, Locoid  |
| Stark (grupp III)      | Betametason, Mometason, Flutikason, Fluocinolonacetonid | Betnovat, Bettamousse, Diproderm, Elocon, Ovixan Flutivate, Synalar |
| Extra stark (grupp IV) | Klobetasol, Betametason                                 | Dermovat, Diprolen  |

FASS 2013

### Råd

- Det är substansen som avgör hur starkt preparatet är och inte procenttalet på tuben.
- Beroende på var på kroppen eksemet sitter, använder man olika styrkor.
- Grupp III ska inte användas i ansiktet eller intertrigenöst (där hud ligger mot hud exempelvis, ljumskar) på grund av den tunna huden.
- Förklara de olika styrkorna och deras användningsområden.
- Ta alltid reda på hur patienten upplever krämen. Det ska inte göra ont att smörja men alla krämer kan svida i början av en behandling då eksemet är som sämst. Om det fortsätter att svida efter några smörjningar, byt kräm framförallt till barn som har svårare att acceptera sveda. Även kortisonkrämer kan innehålla svidande ämnen som propylenglykol.
- Om behandlingseffekt inte uppnås bör man kontrollera följsamheten innan man remitterar patienten vidare till hudspecialist.

## Kortison runt ögon, i ansiktet och i hudveck

Olika områden på kroppen är olika känsliga för lokala glukokortikoider. Grupp I preparaten kan användas frikostigt på ögonlock och runt ögonen. Grupp I preparaten kan också användas på tunn hud och i hudveck<sup>3,19</sup>.

### Råd

- Grupp I kortison kan användas överallt på kroppen.

## Mängd kortisonkräm

Det är vanligt att både barn och vuxna är underbehandlade i sitt eksem. Den vanligaste orsaken till detta är att patienten använder för lite kortisonkräm vid smörjning, har fel styrka på krämen eller slutar med den för tidigt<sup>3</sup>. För att förhindra detta har det tagits fram ett begrepp, fingertoppsenhet som gör att man kan mäta upp hur mycket kräm som är lämpligt att använda vid eksembehandlingen. En fingertoppsenhet innebär att man lägger kräm från fingertoppen till ytterleden, vilket motsvarar mängden av cirka ett halvt gram. Till en vuxen person går det åt tre fingertoppsenheter (1,5 g) för att smörja en arm, till ett spädbarn är motsvarande mängd cirka 0,5 g det vil säga en fingertoppsenhet<sup>3</sup>. Alternativt går man till väga enligt tabell 2.

### Råd

- Då det kan vara svårt att förstå begreppet fingertoppsenhet och bedöma hur mycket kräm som ska användas vid smörjning kan det vara bättre att använda tabell 2.
- För att smörja ett barn i åttaårsåldern två gånger dagligen i en vecka med kortisonkräm går det åt en tub á 100 g. För en vuxen person behövs det cirka 200g per vecka.
- Det är viktigt att patienten förstår hur mycket kräm som kommer att gå åt.

## Biverkningar av kortison

Bieffekter kan ses både systemiskt och lokalt men systemiska biverkningar är ovanliga. Flera studier där man använt grupp III-steroider på utbredda eksemförändringar hos både barn och vuxna har inte visat signifikanta avvikande värden vare sig av plasmakortisol eller vid urinutsöndring av kortisol. Lokala biverkningar kan uppträda i form av hyperpigmentering, hudatrofi, strie, kontaktallergi, perioral dermatit, hypertrichos, försämring av akne, rosacea och maskering av svampinfektion<sup>3</sup>. Det finns en missuppfattning att kortison orsakar vita fläckar, när det i själva verket är eksemet som läkt med en postinflammatorisk hypopigmentering<sup>41</sup>.

### Råd

- Informera alltid patienten om vilken kräm som är svag respektive stark och på vilka områden krämen ska användas.
- Informera om vilka biverkningar som kan uppkomma om krämerna används på fel sätt.
- Vid eksemläkning kan vita fläckar uppstå.
- Informera om att kortison sällan ger biverkningar om de används på rätt sätt.

## Kombination av mjukgörande och kortison preparat

Kortisonpreparat har en mjukgörande bas och det finns därför ingen anledning att samtidigt smörja med mjukgörande. Risken är att kortison inte har tillräcklig effekt om man smörjer med mjukgörande först<sup>35</sup>. Alltså kan vi rekommendera användande av mjukgörande vid ena smörj-tillfället och kortison vid det andra<sup>35</sup>.

### Råd

- Vid kombinationsbehandling ska kortisonkrämen applicera på alla olika eksemlesioner, även på sår och den mjukgörande krämen på resten av kroppen.
- Om hela kroppen smörjs med kortison 1 gång/dag bör man inte smörja med mjukgörande vid samma tillfälle.
- Klådan är ofta mest intensiv på kvällen och natten, vilket har tillskrivits en brist på distraherande moment, en något ökad kroppstemperatur och en kapillärdilatation på kvällen samt en förhöjd hudtemperatur i en varm säng. Det är en fördel att använda kortisonkrämen till kvällen då klådan oftast uppträder när man ska sova. På kvällen har man oftast mer tid för smörjning och det är bra att smörja en timme före sängdags så att preparatet hinner absorberas och irritationen minskat.

## Behandlingsprinciper

Det finns inga övertygande bevis för att det skulle vara mer effektivt att smörja med kortison två gånger per dag istället för en gång per dag. Däremot är det mer troligt att man ökar följsamheten hos patienten<sup>42</sup>. Kortisonbehandlingen ska således inte avslutas förrän eksemet är helt läkt<sup>18</sup>.

Smörjningarna ska vara tillräckliga för att behålla klådfrihet och fortsatt minskning av eksemet. Det är bättre att styra behandlingen utifrån effekten av behandlingen än från ett generellt smörjschema. Vid försämring får man återgå till intensivare behandling<sup>3</sup>. Att fortsätta smörja med kortison två gånger per vecka, sedan eksemet läkt ut, har visat sig vara en strategi som kan förebygga eller fördröja en ny försämringsperiod<sup>43</sup>.

## Nedtrappning

I dag är det vanligare att man trappar ut kortisonbehandlingen genom att glesa ut behandlingstillfällena i stället för att trappa ner till en svagare styrka på kortisonpreparatet. Det gör att man kan använda samma preparat och på så sätt minskar risken för förväxling<sup>3,42</sup>.

TABELL 4. EXEMPEL PÅ BEHANDLINGSSHEMA

| Första veckan   | Andra veckan  | Tredje veckan  | Eksem under kontroll med underhållsbehandling   |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Milt-medelstarkt kortisonpreparat 2 gånger per dag</li><li>• Starkt kortisonpreparat 1 gång per dag</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Milt-medelstarkt kortisonpreparat 1 gång per dag</li><li>• Starkt kortisonpreparat 1 gång per dag</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Milt-medelstarkt kortisonpreparat 1 gång per dag</li><li>• Starkt kortisonpreparat 1 gång varannan dag</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Milt-medelstarkt kortisonpreparat 1–2 gånger per vecka</li><li>• Starkt kortisonpreparat 1–2 gånger per vecka</li></ul> |

Läkemedelsverket 2005<sup>3</sup>

### Råd

- För att underlätta för patienten är det optimala att använda samma styrka på kortisonpreparatet vid nedtrappning och istället glesa ut behandlingstillfällena. Se tabell 4.
- Då varje patient är individuell och har olika svårt eksem måste råden i behandlings-trappan anpassas efter hur svårt eksemet är. Till exempel kan man behöva smörja med stark kortison kräm längre än en vecka innan man börjar att trapp ner.

## OMVÅRDNAD

För att uppnå bästa resultat med behandlingen bör man ha en dialog med patienten gällande smörjning, smörjteknik och kortisonpreparat.

### Smörjteknik

All smörjning bör ske med lätt hand eftersom gnuggning av huden kan ge upphov till klåda och eksemförsämring. Vid avgränsade eksemområden smörjs varje eksem för sig. Vid mer småprickigt eksem bör hela kroppsdelen smörjas. OBS! Tänk på att använda tillräcklig mängd, se avsnitt ovan.



### Råd

- Då ordet *mycket* eller *rikligt* betyder olika för alla individer bör man alltid visa patienten hur man smörjer och hur mycket kräm som ska användas.
- Att använda för lite kräm ökar risken för att eksemet inte läker optimalt eller att behandlingsperioden blir onödigt lång.
- All kräm ska smörjas in i huden, men tänkt på att inte massera så att klådan triggas igång.
- Om förväntad effekt uteblir, gå igenom behandlingsrutinerna igen med patienten för att säkerställa att behandlingen inte genomförts på fel sätt.

## Rengöring av huden vid eksem

Även barn med eksem ska ha en ren hud. Huden bör rengöras grundligt men varsamt och försiktigt för att avlägsna krustor och mekaniskt minska bakteriell kontamination<sup>3</sup>. Det är viktigt att alltid smörja med mjukgörande kräm direkt efter vattenkontakt<sup>12</sup>. Rengörande produkter som tvål, schampo och badskum kan användas med viss försiktighet eftersom dessa produkter ofta innehåller tensider (fettlösande) som bland annat är uttorkande. Parfymerade produkter bör undvikas<sup>3</sup>.

### Råd

- Rengöring av huden är en del av hudvården och behandlingen.
- Individuell känslighet avgör hur ofta man kan bada eller duscha. En snabb dusch kan vara skonsammare för torr hud än ett bad.
- Bad under kort tid, max fem minuter, med tillsats av badolja de två sista minuterna minimerar risken för uttorkning av huden<sup>12</sup>.
- Undvik bad/dusch i för varmt vatten, eftersom det kan öka hudens klådbenägenhet.
- Man bör klappa huden nästan torr och undvika gnidande.
- Efter bad/dusch ska huden smörjas med mjukgörande.

## Eksemskola

Litteraturen stöder effekten av sjuksköterskeledda mottagningar i behandling/skötsel/hantering av kronisk sjukdom. Fördelar med sjuksköterskeledda mottagningar med utökad konsultationstid ger ökad patienttillfredsställelse, förbättrad patientutbildning och liknande hälsoresultat som vid ett sedvanligt läkarbesök<sup>45</sup>.

Enligt klinisk erfarenhet sker eksemskola oftast individuellt men kan även göras i grupp<sup>46</sup>. Innehållet i eksemskolan bör vara information om orsak till sjukdomen, målet med behandlingen, behandlingsstrategier, smörjetechnik, försämrande faktorer: allergiska och icke allergiska<sup>47</sup>. Det finns evidens för att förmågan att sköta sitt eksem förbättras, att svårighetsgraden av sjukdomen minskar och användandet av lokalbehandlingen blir mer effektivt efter att patienten har fått träffa en sjuksköterska som informerat om sjukdomen och dess behandling<sup>13</sup>. En annan studie visar att problemlösningsförmågan och förmågan att ta in andras tankar och värderingar ökade bland barnen som gått eksemskola och att känslan av hjälplöshet hos de drabbade barnens föräldrar minskade<sup>48</sup>.

### Råd

- Det krävs tid för att gå igenom alla delar som ska ingå i en eksemskola.
- Patienterna behöver få uppföljning, dels för utvärdering av behandlingsresultat men även för repetition av vad som är målet med behandlingen, behandlingsstrategier, utlösande faktorer och hur dessa kan förhindras.

## INFORMATION

Det är viktigt ur behandlingssynpunkt att information ges om sjukdomen för att få en god följsamhet. Till detta hör även orsaker till sjukdomen, triggerfaktorer, behandlingsprinciper och möjligheten att få en god livskvalitet. Informationen bör ges vid upprepade tillfällen och gärna med skriftlig behandlingsplan<sup>20</sup>.

Det finns dock inga kontrollerade studier där man utvärderat användandet av skriftlig behandlingsplan och dess effekt. Det behövs mer forskning inom detta område<sup>13</sup>.

### Råd

- Enligt vår kliniska erfarenhet underlättar det för patienten om en skriftlig behandlingsplan upprättas. Det blir lättare för patienten att komma ihåg hur krämerna skall användas, på vilken lokalisering, hur länge och hur nedtrappningen ska genomföras.

## Pigmentförändringar vid eksem

Vid utläkning av eksem så kan både hypo- och hyperpigmentering förekomma, vilket ibland kan skapa en oro hos patienten och/eller anhöriga. Hyperpigmenteringar (en eller flera fläckar av olika storlek) är särskilt vanliga efter eksem i mörk hud och läker inte alltid ut trots behandling, men det är dock viktigt att behandla och vara medveten om att det kan ta lång tid före utläkning<sup>50</sup>. Det är dock viktigt att informera om att dessa förändringar oftast läker ut av sig själv och inte kräver någon form av ändrad behandling<sup>41</sup>.

### Allmänna råd

- Triggerfaktorer kan vara allergiska och icke allergiska. Till de icke allergiska hör mekaniska och kemiska faktorer, infektioner, klimat, överkänslighet i huden mot irriterande ämnen och psykisk stress.
- Använd kläder som "andas" närmast kroppen. Yllekläder kan irritera och ge upphov till klåda.
- Inte klä sig för varmt, ha svalt i sovrummet och använda tunt täcke.
- En strumpkant, mudd på en jacka eller en blöjkant kan också orsaka skav på huden, vilket gör att det lättare uppstår eksem.
- Håll naglarna kortklippta.
- Undvik parfymade produkter och överdriven användning av tvål.
- Tvätta kläderna i tvättmaskin som sköljer effektivt, det är viktigt att inte överdosera tvättmedel. Undvik sköljmedel.
- Röda frukter/bär och citrusfrukter kan ibland orsaka irritation i huden och ge upphov till mer eksem och klåda.
- Det är vanligt att huden blir sämre i samband med förkylning och andra infektioner.
- Om man utsätts för mycket stress kan det ge upphov till mer klåda.

# BEHANDLING AV MEDELSVÅRT TILL SVÅRT EKSEM

Föranleder ofta remiss till specialistsjukvård för ställningstagande till vidare behandling.

## Infekterat eksem

Bakteriella infektioner är vanliga vid atopiskt eksem. Hos personer med eksem är huden nästan alltid koloniserad med *Staphylococcus aureus* vilket medför risk för sekundärinfektion som kan försämra eksemet. Det räcker oftast med lokala glukokortikoider för att behandla sekundär-/infekterat eksem. Behandling med oralt antibiotika verksamt mot *S.aureus* är indicerat vid klinisk infektion. Utvärtes antibiotika bör endast användas efter noggrant övervägande på grund av risk för resistensutveckling och kontaktallergi<sup>3,49</sup>. Vid infektion med betahemolytiska streptokocker ska peroralt antibiotika alltid ges<sup>3</sup>.

Det är viktigt att vara observant på utebliven behandlingseffekt, som kan vara ett tecken på differentialdiagnos till exempel kontaktallergi, eller bero på bristfällig smörjteknik.

### Råd

- Det räcker oftast med lokala glukokortikoider (smörj gärna med en starkare steroid) för att behandla sekundärinfekterat atopiskt eksem.
- Även om ett infekterat eksem oftast är koloniserat med *Staf. aureus* kan det vara av vikt att ta en hudodling för resistensbestämning, ifall patienten inte svarar på ordinerad antibiotikabehandling.

TABELL 5. BEHANDLINGSSALTERNATIV

| Läkemedel  | Metod                                  | Indikation   | Effekt   | Referens |
|--|--|--|--|----------|
| KMnO <sub>4</sub> -Kaliumpermanganat   | Bad eller baddning med kompresser      | Vätskande eksem, klåda, <i>Staf. aureus</i> kolonisation | Uttorkande och klådstillande. Minskar kolonisation | 3        |
| Natrium hypoklorit-Bleach  | ½ dl i ett vattenfyllt badkar          | Klåda och <i>Staf. aureus</i> kolonisation               | Klådstillande. Minskar kolonisation                | 13       |
| Wet Wrap   | Occlusions-behandling med våta förband | Svår klåda   | Klådstillande och inflammationsdämpande            | 13       |
| Hydrokolloidplattor  | Occlusions-behandling med plattor      | Svår klåda   | Klådstillande och inflammationsdämpande            | 13       |
| NaCl och solljus   | Havsbad                                | Klåda  | Klådstillande                                      | 13       |
| Kalcineurinhämmare= Topical Immunomodulator:<br><i>Tacrolimus</i> – <i>Protopic</i><br><i>Pimecrolimus</i> – <i>Elidel</i> | Kräm/Salva                             | Klåda, inflammation                                      | Klådstillande och inflammationsdämpande            | 3, 12    |
| Ljusterapi   | UVB-ljus                               |  | Inflammationsdämpande                              | 12       |



**TABELL 6. ALTERNATIVA BEHANDLINGSMETODER**

| Preparat              | Metod  | Indikation-Effekt   | Referens |
|-----------------------|--|---|----------|
| Kosttillskott         | Oljor  | Finns inte tillräcklig evidens  | 12, 13   |
| Prebiotika            | Osmältbara kostkomponenter som jäser i tarmen och påverkar mikrofloran i gynnsam riktning                      | Studier visar på viss effekt vid behandling av allergiska sjukdomar eller atopiskt eksem. Det finns dock inte några behandlingsrekommendationer.                      | 51, 52   |
| Probiotika            | Levande mikroorganismer som när de intas i tillräcklig mängd kan ge hälsoeffekter hos värden                   | Studier visar på viss effekt vid behandling av allergiska sjukdomar eller atopiskt eksem. Det finns dock inte några behandlingsrekommendationer.                      | 51, 52   |
| Olivolja              | Olja   | Behandling med eteriska oljor ger ingen effekt på eksemläkning. Långtidsbehandling har istället visat sig kunna försämra eksemet. Friska personer kan få irritationer | 53       |
| Oljebad (oparfymerad) | Ger en ökad elasticitet i hornlagret och är ett komplement till mjukgörande krämer men kan inte ersätta dessa. | Kan användas både förebyggande och som behandling av eksem.   | 54       |
| Aloe Vera             | _____  | Ingen evidens för effekt. Avväg risk för upphov till kontaktallergi?  | 55       |

## DISKUSSION

Eksem kan vara allt ifrån lindrigt till svårt. Oavsett svårighetsgrad är det en behandlingskrävande sjukdom som kräver tid och gör att man; kan känna sig kladdig och ofräsch, att man har klåda som påverkar nattsömn och även hela familjen. Allt detta kan påverka humöret och koncentration förmågan dagtid vilket kan orsaka sämre skol- och arbetsresultat. Trots detta förekommer det en allmän uppfattning om att eksem inte är så besvärligt. Det är väldigt vanligt att med kommentarer som ”det är bara lite eksem” eller ”det är bara att smörja lite”, vilket inte alls stämmer med hur mycket eksemet påverkar livskvaliteten jämfört med andra kroniska sjukdomar<sup>31</sup>.

Grundbehandlingen går ut på att lära patienten av smörja sin kropp/eksemet. I detta lärande ingår att patienten får information om att sjukdomen inte går att bota utan behandlingen går ut på att symtomlindra. Oavsett svårighetsgrad är grundbehandlingen daglig smörjning med mjukgörande kräm året runt. Kortisonkräm ska användas när det är inflammation i huden. Det är därför av avgörande betydelse att sjukvårdspersonal har förståelse och kunskap för vad det innebär att ha eksem och att råden som ges är korrekta.

Om sjukvårdspersonalen inte har tillräcklig kunskap om hur behandlingen ska gå till eller känner tveksamhet till att använda kortisonkrämer med rätt styrka är det mycket svårare att övertyga patienterna om att det är bästa sättet för symtomlindring<sup>4</sup>. Patienter med eksem får ofta olika råd och information från både sin omgivning, sjukvårdspersonal och apotekspersonal om kortisonkrämer<sup>23</sup>.

Oro/ångest inför behandling med topikala steroider är en viktig orsak till dålig följsamhet vid behandling av atopiskt eksem och gör föräldrar mer positiva till att använda alternativa/naturliga behandlingar<sup>56</sup>. När det gäller negativa uppfattningar mot kortison är många patienter/anhöriga övertygade om att upprepad kortisonbehandling leder till hudatrofi. Varningstexter som varnar användare för att krämen ska användas sparsamt ger intryck av att kortison endast ska användas när eksemet är allvarligt, vilket bidrar till ett underutnyttjande. Kortison ses som en "plåsterlösning" då den inte behandlar den bakomliggande orsaken till eksemet<sup>56</sup>. Ju större rädsla som finns för kortisonkrämer desto mindre följsamhet finns det till behandlingen<sup>23</sup>. Så det kan vara av avgörande betydelse att informera ofta och mycket.

Oavsett om man är vuxen och har haft eksem i många år, tonåring som ska börja överta mer ansvar för behandlingen eller förälder till barn med nydebuterad sjukdom behöver man repetition om vad som orsakar sjukdomen, vilket mål man bör ha med behandlingen, hur man ska smörja, vilka behandlingsprinciper som finns, och hur man förebygger försämrande faktorer. Även om det finns färdiga behandlingsscheman att utgå ifrån när det gäller behandlingstiden med glukokortikoiderna och hur nedtrappningen ska gå till måste man alltid utgå från den individuella patientens behov<sup>3</sup>.

Det enda sättet att veta om man pratar om samma sak när det gäller mängden kräm som ska användas är att visa praktiskt hur mycket kräm som går åt. Den bästa mjukgörande krämen är den kräm som patienten använder. Därför är det viktigt att låta patienten känna på olika typer av krämer och själv får möjlighet att bestämma vilken som känns bäst. Det är också viktigt att tänka på att patienten kan ha behov av mindre tuber som är lättare att ha med sig vid till exempel resor eller i skol-, handväskan för att kunna använda krämen vid behov under dagen.

Även om det inte finns några studier som har utvärderat effekten av att använda sig av skriftlig behandlingsplan är det många patienter/vårdnadshavare som uppskattar att få en sådan<sup>12</sup>. Det hjälper dem att komma ihåg vilka krämer som ska smörjas var och hur de ska trappa ner krämerna. Det är en fördel om man kan ha en färdig mall i det journalsystem som används så att det är lätt för sjuksköterskan eller läkaren att fylla i de krämer som är aktuella för den individuella patienten. Däremot är hälso- och sjukvården skyldig att informera patienten och/eller anhöriga om att det är *Egenvård* och vid behov skriva intyg om detta enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6).

## Homeopati

Det saknas vetenskapligt underlag som stödjer effekt av homeopatisk behandling vid eksem<sup>13</sup>. Läkemedelsverket (LMV) eller Svensk Barnläkarförening för allergologi har inga rekommendationer av homeopatiska läkemedel som behandling vid atopiskt eksem.

För behandling med alternativa medicinska produkter spelar media och internet en viss roll för valet av behandling<sup>56</sup>. Även vänner och familj påverkar patienten vid valet av behandling då många fått råd att undvika farlig och onödig medicinsk behandling. När det gäller "naturliga produkter" finns det en tro hos föräldrar att de är säkrare och har mindre biverkningar än glukokortikoider<sup>56</sup>.

## SLUTSATS

För att kunna ge god omvårdnad till patienter med eksem är det viktigt att sjukvårdspersonalen har rätt kunskap och känner sig trygga med att den information och de råd som ges bygger på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Syftet med detta dokument är att öka kunskapen hos all personal som träffar dessa patienter. Osäkerhet hos sjukvårdspersonal speglar sig ofta i försämrade följsamhet hos patienten. Då eksem kan förändra sig över tid är det av största vikt att repetera informationen om sjukdomen, orsaken, målet med behandlingen, behandlingsstrategier och försämrande faktorer även till patienter som haft eksem under många år för att uppnå bästa effekt av behandlingen.

## LITTERATURFÖRTECKNING

1. Johansson, S.G., et al., [Revised, global nomenclature for allergy. Unambiguous terms create clarity and prevent misunderstandings]. *Lakartidningen*, 2006. 103(6): p. 379-83.
2. Ballardini, N., et al., *Mild Eczema Affects Self-perceived Health among Pre-adolescent Girls*. *Acta Derm Venereol*, 2013.
3. Läkemedelsverket, *Atopiskt eksem*. 2005.
4. Batchelor, J.M., et al., *The Eczema Priority Setting Partnership: a collaboration between patients, carers, clinicians and researchers to identify and prioritize important research questions for the treatment of eczema*. *Br J Dermatol*, 2013. 168(3): p. 577-82.
5. Irvine, A.D. and W.H. McLean, *Breaking the (un)sound barrier: filaggrin is a major gene for atopic dermatitis*. *J Invest Dermatol*, 2006. 126(6): p. 1200-2.
6. Kamel, M.N., *Anatomy of the skin. The electronic textbook of Dermatology*. 2008.
7. Schafer, T., et al., *The excess of atopic eczema in East Germany is related to the intrinsic type*. *Br J Dermatol*, 2000. 143(5): p. 992-8.
8. Bohme, M., et al., *Clinical features of atopic dermatitis at two years of age: a prospective, population-based case-control study*. *Acta Derm Venereol*, 2001. 81(3): p. 193-7.
9. Flohr, C., et al., *How atopic is atopic dermatitis?* *J Allergy Clin Immunol*, 2004. 114(1): p. 150-8.
10. Wuthrich, B. and P. Schmid-Grendelmeier, *Natural course of AEDS*. *Allergy*, 2002. 57(3): p. 267-8.
11. Wickman, M., et al., *The BAMSE project: presentation of a prospective longitudinal birth cohort study*. *Pediatr Allergy Immunol*, 2002. 13 Suppl 15: p. 11-3.
12. Ring, J., et al., *Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012. 26(8): p. 1045-60.
13. Ring, J., et al., *Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012. 26(9): p. 1176-93.
14. Williams, H.C., *Diagnostic criteria for atopic dermatitis*. *Lancet*, 1996. 348(9038): p. 1391-2.
15. Meding, B. and B. Jarvholm, *Incidence of hand eczema-a population-based retrospective study*. *J Invest Dermatol*, 2004. 122(4): p. 873-7.
16. Yngveson, M., A. Svensson, and A. Isacson, *Prevalence of self-reported hand dermatosis in upper secondary school pupils*. *Acta Derm Venereol*, 1998. 78(5): p. 371-4.
17. Rohrl, K. and B. Stenberg, *Lifestyle factors and hand eczema in a Swedish adolescent population*. *Contact Dermatitis*, 2010. 62(3): p. 170-6.
18. Wahlgren, C.F., *Itch and atopic dermatitis: an overview*. *J Dermatol*, 1999. 26(11): p. 770-9.
19. Wahlgren, C., *Därför får vi eksem*. *Allergifakta. Astma & Allergiförbundet*, 2011: p. ss.5-8.
20. Schneider, L., et al., *Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012*. *J Allergy Clin Immunol*, 2013. 131(2): p. 295-9 e1-27.
21. Bath-Hextall, F., F.M. Delamere, and H.C. Williams, *Dietary exclusions for established atopic eczema*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008(1): p. CD005203.
22. Larsson, A., *Begreppen Compliance, Adherence och Concordance. En litteraturstudie*. Examensarbete vid Gävle Högskola, 2010.
23. Aubert-Wastiaux, H., et al., *Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency*. *Br J Dermatol*, 2011. 165(4): p. 808-14.
24. Kienast, A.K. and P.H. Hoeger, *Atopic dermatitis in children: what to do when nothing works*. *G Ital Dermatol Venereol*, 2010. 145(2): p. 303-8.
25. Schut, C., et al., *Patient education programs for childhood atopic dermatitis: who is interested?* *J Dtsch Dermatol Ges*, 2012. 10(9): p. 657-61.
26. Ersser, S.J., et al., *A service evaluation of the Eczema Education Programme: an analysis of child, parent and service impact outcomes*. *Br J Dermatol*, 2013. 169(3): p. 629-36.
27. van Gils, R.F., et al., *Integrated, multidisciplinary care for hand eczema: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study*. *BMC Public Health*, 2009. 9: p. 438.
28. Beattie, P. and R. Nelson, *Clinical prediction rules: what are they and what do they tell us?* *Aust J Physiother*, 2006. 52(3): p. 157-63.
29. Lundberg, L., et al., *Health-related quality of Life in Patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity*. *Acta Dermato-Venereologica*. 2000. p. 430-434.

30. Ganemo, A., et al., *Quality of life in Swedish children with eczema*. Acta Derm Venereol, 2007. 87(4): p. 345-9.
31. Beattie, P.E. and M.S. Lewis-Jones, *A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases*. Br J Dermatol, 2006. 155(1): p. 145-51.
32. Holm, E.A., S. Esmann, and G.B. Jemec, *The handicap caused by atopic dermatitis – sick leave and job avoidance*. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2006. 20(3): p. 255-9.
33. Linnet, J. and G. Jemec, *An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis*. Br J Dermatol 1999. p. 268-272.
34. Misery, L., et al., *Atopic dermatitis: impact on quality of life of patients and their partners*. Dermatology. 2007. p. 123-129.
35. Voegeli, D., *The vital role of emollients in the treatment of eczema*. Br J Nurs, 2011. 20(2): p. 74-80.
36. Niemeier, V., et al., *Atopic dermatitis – topical therapy: do patients apply much too little?* J Dermatolog Treat, 2005. 16(2): p. 95-101.
37. Niemeier, V., K.J., Schill. WB. & Gieler. U., *Atopic dermatitis – topical therapy: do patients apply much too little?* J Dermatol Treatment. 2005.
38. Kienast AK., H.P., *Atopic dermatitis in children: What to do when nothing works*. Giornale Italiano di Dermatologica Venerol. 2010. p. 303-308.
39. Loden, M., et al., *A double-blind study comparing the effect of glycerin and urea on dry, eczematous skin in atopic patients*. Acta Derm Venereol, 2002. 82(1): p. 45-7.
40. Hon, K.L., et al., *Estimating emollient usage in patients with eczema*. Clin Exp Dermatol, 2010. 35(1): p. 22-6.
41. Pinto, F.J. and J.L. Bologna, *Disorders of hypopigmentation in children*. Pediatr Clin North Am, 1991. 38(4): p. 991-1017.
42. Williams, H.C. and D.J. Grindlay, *What's new in atopic eczema? An analysis of the clinical significance of systematic reviews on atopic eczema published in 2006 and 2007*. Clin Exp Dermatol, 2008. 33(6): p. 685-8.
43. Berth-Jones, J., et al., *Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study*. BMJ, 2003. 326(7403): p. 1367.
45. Moore, E., et al., *Nurse-led clinics reduce severity of childhood atopic eczema: a review of the literature*. Br J Dermatol, 2006. 155(6): p. 1242-8.
46. Schuttelaar, M.L., et al., *A randomized controlled trial in children with eczema: nurse practitioner vs. dermatologist*. Br J Dermatol, 2010. 162(1): p. 162-70.
47. Wahlgren, C., Hedlin, G., Larsson, K., Eksem. Allergi och Astma, 2009.
48. Kupfer, J., et al., *Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents-a multicenter, randomized controlled trial*. J Psychosom Res, 2010. 68(4): p. 353-8.
49. Hon, K.L., et al., *Combined antibiotic/corticosteroid cream in the empirical treatment of moderate to severe eczema: friend or foe?* J Drugs Dermatol, 2012. 11(7): p. 861-4.
50. Davis, E.C. and V.D. Callender, *Postinflammatory hyperpigmentation: a review of the epidemiology, clinical features, and treatment options in skin of color*. J Clin Aesthet Dermatol, 2010. 3(7): p. 20-31.
51. West, K., Prescott, S., *Prebiotics and Probiotics for prevention of allergic disease*. Up to Date, 2011.
52. Foolad, N. and A.W. Armstrong, *Prebiotics and probiotics: the prevention and reduction in severity of atopic dermatitis in children*. Benef Microbes, 2014. 5(2): p. 151-60.
53. Isaksson, M. and M. Bruze, *Occupational allergic contact dermatitis from olive oil in a masseur*. J Am Acad Dermatol, 1999. 41(2 Pt 2): p. 312-5.
54. Tarr, A. and I. Iheanacho, *Should we use bath emollients for atopic eczema?* BMJ, 2009. 339: p. b4273.
55. Ernst, E., *Complementary therapies for addictions: not an alternative*. Addiction, 2002. 97(12): p. 1491-2.
56. Smith, S.D., et al., *Corticosteroid phobia and other confounders in the treatment of childhood atopic dermatitis explored using parent focus groups*. Australas J Dermatol, 2010. 51(3): p. 168-74.